

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL CAJAMARCA

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

CARGO

Cajamarca, 27 de diciembre de 2022.

OFICIO N° 0165-2022-CTVC/CAJAMARCA

Señor.

WILBER WILLINGTON HAQUEHUA BUSTAMANTE

Jefe de la Unidad Territorial Cajamarca

Programa Nacional Cuna Más

Presente. -

Asunto : Se ALERTAN siete (7) CASOS

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a Usted para hacerle llegar un cordial saludo a nombre de los miembros del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana (Comité), al mismo tiempo manifestarle que el Comité, tiene como función principal la de vigilar los avances en el cumplimiento de los objetivos de los programas sociales del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social; así como velar por la transparencia y neutralidad en la ejecución de sus prestaciones sociales.

En tal sentido, producto de las acciones de veeduría y vigilancia realizadas por los Comités Locales de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto al presente le hago llegar el (los) siguiente (s) CASO(S)¹:

- CASO N° 0218-2022-CTVC/CAJ
- CASO N° 0219-2022-CTVC/CAJ
- CASO N° 0220-2022-CTVC/CAJ
- CASO N° 0221-2022-CTVC/CAJ
- CASO N° 0222-2022-CTVC/CAJ
- CASO N° 0223-2022-CTVC/CAJ
- CASO N° 0224-2022-CTVC/CAJ

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de estos casos y, concluido su procedimiento, le solicito sirva comunicar el resultado de la misma.

A la espera de su pronta atención, quedo de Usted.

Atentamente



Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana
CAJAMARCA
[Firma]
LIC. Liliana M. Hernández Villanueva
RESPONSABLE REGIONAL

¹ Para efectos de la atención del CASO alertado, el Comité entiende que un Caso Resuelto es aquel que el Programa le ha comunicado - por escrito -, manifestando:

- 1) Una conclusión sobre el CASO Alertado, precisando si tiene la CONDICIÓN de: FUNDADO o INFUNDADO.
- 2) Si el CASO Alertado es FUNDADO, es necesario precisar la medida correctiva implementada o la medida a implementar y el plazo previsto.
- 3) Si el CASO Alertado es INFUNDADO, es necesario precisar las razones en las cuales sustenta esta decisión.
- 4) Si el CASO Alertado corresponde a dos o más personas afectadas, es necesario individualizar la CONDICIÓN y proceder de acuerdo a los numerales 2 o 3, según corresponda.

El Comité publica en su página web todos los casos alertados al programa, así como las respuestas recibidas

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. CAJAMARCA: 942155526 Telf. SEDE LIMA: 942160511	CASO	N° 0224-2022-CTVC/CAJ
--	------	-----------------------

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MÁS	1. FECHA DE REGISTRO:	05/12/2022
------------------	----------	-----------------------	------------

I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:

2. APELLIDOS NOMBRES:	MARTINEZ FEBRE HILCIA	3. NÚMERO-DNI:	41089039
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – DISTRITO DE SAN JOSE DE LOURDES	5. CARGO:	VICE PRESIDENTA

II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO

7. DEPARTAMENTO:	CAJAMARCA	8. PROVINCIA:	SAN IGNACIO
9. DISTRITO:	SAN JOSE DE LOURDES	10. CCPP/DIRECCIÓN:	SAN JOSE DE LOURDES
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTIÓN DE SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA / ATENCIÓN?	73813885-CUIDADOR PRINCIPAL
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	03

III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):

El día 05/12/2022, el Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del distrito de San José de Lourdes, durante las acciones de veeduría/vigilancia a la Prestación de Servicios del Programa Nacional Cuna Más, registró la Ficha de Vigilancia V-411-2022-CAJ-C (*Ver Anexo 1*) correspondiente a la entrevista realizada a la Sra. Olivia Quispe Cruz identificada con DNI 73813885, cuidador principal de un usuario de 19 meses de edad del Servicio de Acompañamiento a Familias, **Comité de Gestión Pasitos que Dejan Huella** en el distrito de San José de Lourdes. Se registraron los siguientes puntos críticos:

- 1. PROGRAMA NO CUMPLE CON FRECUENCIA ESTABLECIDA PARA VISITAS DOMICILIARIAS A FAMILIA USUARIA.** Durante la entrevista realizada a la Sra. Olivia Quispe Cruz manifestó que la facilitadora Sra. Lili Noemi López solo visito su hogar en una oportunidad el mes pasado. Dicha situación estaría contraviniendo la *RDE N° 026-2022-MIDIS/PNCM que en el numeral 4.2.4 Frecuencia de las visitas a la familia son cuatro (04) visitas domiciliarias mensuales.*
- 2. FAMILIA USUARIA DESCONOCE/NO UTILIZA LOS SERVICIOS QUE BRINDA "CUNA MAS DIGITAL".** Durante la entrevista realizada a la Sra. Olivia Quispe Cruz manifestó que desconoce los contenidos que brinda la plataforma "Cuna Mas Digital", pero que la facilitadora le había mostrado algunos videos sobre cuentos, alimentos etc.
- 3. PROGRAMA NO ENTREGA KIT DE HIGIENE Y PROTECCIÓN A FAMILIA USUARIA.** Durante la entrevista realizada a la Sra. Olivia Quispe Cruz Miñano manifestó que no ha recibido el kit de higiene y protección. Dicha situación estaría contraviniendo la *RDE N° 026-2022-MIDIS/PNCM que en el numeral 5.4.1. Dotación de Kit de Higiene y Protección para las familias. "La dotación del kit de higiene y protección se enmarca en la promoción de las prácticas de cuidado saludable que el Programa Nacional Cuna Más promueve. kit comprende la entrega de materiales para la higiene y protección a familias usuarias del SAF, a efectos de fortalecer prácticas de cuidado saludable en el hogar que contribuyan a disminuir los factores de riesgo que afecten la salud, así como disminuir el riesgo de contagio del COVID-19. Periodicidad mensual."*

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- El Programa Cuna Más debe garantizar el cumplimiento RDE N° 026-2022-MIDIS/PNCM, "PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS".
- El Programa Cuna Más realice las indagaciones respectivas de los puntos críticos y se resuelvan en el debido plazo establecido según la Ruta de Emisión de Alertas del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana para garantizar un servicio de calidad a los usuarios/as y potenciales usuarios/as.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: (06))

- 1.- Ficha de Vigilancia V-411-2022-CAJ-C (01 folio)



ANEXO 01

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA											
SEDE REGIONAL CAJAMARCA											
VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)											
Teléfono Regional:	942155526	FICHA DE VIGILANCIA				CÓDIGO N° V-411-2022-CAJ-C					
Teléfono Nacional:	942168511	FAMILIA USUARIA SAF-PRESENCIAL									
		(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPANA		(b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPANA							
		(a) Vigilancia Presencial		(b) Vigilancia NO Presencial							
OBJETIVO: VERIFICAR QUE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS CUMPLA CON LOS OBJETIVOS SEÑALADOS POR EL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS. INDICACIONES: El investigador del Comité Local de Transparencia y Vigilancia debe aplicar esta FICHA de Vigilancia a una familia usuaria del servicio de acompañamiento a familias en programa CUNA MÁS. El investigador se presentará ante el cuidador/a principal (padre, padre o tutor de la familia), se explicará el objetivo de la vigilancia y se le solicitará información. El investigador debe marcar con "X" o con CERO AMARILLO la alternativa elegida en cada pregunta de la FICHA de Vigilancia. En toda la FICHA tomar en cuenta esta LEYENDA: — NS/NR=No sabe, no responde. NA=No aplica.											
1	FECHA INICIAL de la Vigilancia:	5/12/2022	2	HORA INICIAL de la Vigilancia:	13:00						
I. DATOS GENERALES: Ubicación e identificación del hogar visitado y donde se aplica esta FICHA											
3	DNI del Cuidador/a Principal:	73013885	4	NOMBRE y APELLIDOS:	OLIVIA QUESPE CRUZ						
5	DEPARTAMENTO:	CAJAMARCA	6	PROVINCIA:	SAN IGNACIO						
7	DISTRITO:	SAN JOSE DE LOURDES	8	CCP/Barría/Dirección:	SAN JOSE DE LOURDES						
9	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:	PASITOS QUE DEJAN HUELLA									
10	PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario:	(a) Padre (b) Madre (c) Otro:									
11	IDIOMA que usa más (idioma predominante):	(a) Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Achuarita (e) Awajún (f) Otro:									
II. SITUACIÓN ACTUAL Y DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN DEL NIÑO/A USUARIO (El Verificador PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR sobre la situación actual de los niños/as usuarios del Programa y VERIFICA los Documentos)											
12	En su hogar, ¿Cuántos niños/as con usuarios/as del Programa Cuna Más?	1	Luego especifique los datos de sus niños/as usuarios/as en la siguiente tabla:								
		SITUACIÓN DEL NIÑO/A USUARIO		NIÑO/A 1		NIÑO/A 2		NIÑO/A 3		OBSERVACIONES	
13	Prescriba el nombre de sus niños/as usuarios del Programa (sin apellidos)			THIAGO							
14	Prescriba la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)	19									
15	Prescriba el sexo de sus niños/as usuarios del Programa	(F) (M)		(F) (M)		(F) (M)		(F) (M)			
16	¿Sus niños/as usuarios tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?	SI NO NS/NR		SI NO NS/NR		SI NO NS/NR		SI NO NS/NR		Si marca NO, diga ¿Por qué?	
17	¿Sus niños/as usuarios están afiliados a algún Seguro de Salud (SIS, EsSALUD, otros)?	SI NO NS/NR		SI NO NS/NR		SI NO NS/NR		SI NO NS/NR		Si marca NO, diga ¿Por qué?	
18	¿Sus niños/as usuarios tienen Carné de Atención Integral (CRED)?	SI NO NS/NR		SI NO NS/NR		SI NO NS/NR		SI NO NS/NR		Si marca NO, diga ¿Por qué?	
19	¿Sus niños/as usuarios en qué fecha se realizaron el último control CRED? (Mes y Año)	11 22 NS/NR NA		11 22 NS/NR NA		11 22 NS/NR NA		11 22 NS/NR NA		Si marca NO, diga ¿Por qué?	
20	¿Sus niños/as usuarios recibieron las vacunas que les corresponde?	SI NO NS/NR NA		SI NO NS/NR NA		SI NO NS/NR NA		SI NO NS/NR NA		Si marca NO o NA, diga ¿Por qué?	
21	¿Sus niños/as usuarios consumen el Suplemento de Hierro?	SI NO NS/NR NA		SI NO NS/NR NA		SI NO NS/NR NA		SI NO NS/NR NA		Si marca NO o NA, diga ¿Por qué?	
22	¿Sus niños/as usuarios se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?	SI NO NS/NR NA		SI NO NS/NR NA		SI NO NS/NR NA		SI NO NS/NR NA		Si marca NO o NA, diga ¿Por qué?	
23	¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?	SI NO NS/NR		SI NO NS/NR		SI NO NS/NR		SI NO NS/NR		Si marca SI, diga ¿Por qué?	
III. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE CIUDADANO SALUDABLE Y APRENDIZAJE PARA EL DESARROLLO DE NIÑOS/AS USUARIOS Y PERCEPCIONES SOBRE EL SERVICIO DE CUNA MÁS											
24	¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?	SI NO NS/NR		24.1 Si marca SI o NO, diga ¿Por qué?:		Así va estar sano					
25	¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?	SI NO NS/NR		25.1 Si marca SI o NO, diga ¿Por qué?:		se a ver un niño activo y motivado					
26	¿Usted conoce el nombre de su facilitador/a del programa Cuna Más?	SI NO NS/NR		26.1 Si marca SI, diga su nombre:		Lila Noemi Lopez Lopez					
A) VISITAS DOMICILIARIAS PARA HOGARES CON NIÑOS/AS DE 0 A 36 MESES (El Verificador PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)											
27	El mes pasado, ¿El facilitador/a realizó visitas a su hogar para orientarle sobre el cuidado de su niño/a?	SI NO NS/NR		27.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?:		y pase a la pregunta 59					
28	El mes pasado, ¿Cuántas visitas a su hogar ha realizado el facilitador/a?	28.1 Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?:		No sabe el motivo							
29	El mes pasado, ¿En cuántas visitas del facilitador/a ha participado Usted en su hogar?	29.1 Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?:		No sabe el motivo							
30	¿El facilitador/a, acuerda previamente con usted la fecha y hora de las visitas a su hogar?	SI NO NS/NR		30.1 ¿El facilitador/a cumple con la fecha y hora acordada?:		Siempre Casi siempre A veces Nunca/NS/NR					
31	Prescriba Usted la fecha de la última visita a su hogar, realizada por el facilitador/a	22 11 22									
A partir de la pregunta 32 hasta la 52, prescriba Usted las actividades realizadas por el facilitador/a, durante la última visita a su hogar:											

Jirón Los Sauces N° 558 – Urb. El Ingenio

Celular: 942155526

www.ctvcperu.org.pe

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA															
SEDE REGIONAL CAJAMARCA															
VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)															
Teléfono Regional:		942155526		FICHA DE VIGILANCIA						CODIGO N° V-411-2022-CAJ-C					
Teléfono Nacional:		942160511		FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL											
32	¿El facilitador/a le habla/orienta en el idioma que usted más usa, durante la visita a su hogar?			SI	NO	NS/NR									
33	¿El facilitador/a cuánto tiempo permanece en su hogar durante la visita? (Diga el tiempo aproximado en MINUTOS:)			60	33.1	Si marca MENOS de 60, diga ¿Por qué?:									
34	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo preparar, almacenar y consumir agua segura (limpia y hervida)?			SI	NO	NS/NR	34.1	Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta orientación:		Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
35	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo lavar las manos a su niño/a con agua a chorrol/calde con caño, jabón, toalla limpia o similar?			SI	NO	NS/NR	35.1	Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta orientación:		Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
36	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo alimentar a su niño/a, según su edad (Lactancia exclusiva/alimentación complementaria)?			SI	NO	NS/NR	36.1	Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta orientación:		Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
37	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo dar Suplemento de Hierro a su niño/a (jarabe, gotas o polvo de micronutrientes)?			SI	NO	NS/NR	37.1	Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta orientación:		Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
38	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo asistir oportunamente al Control CRED y Vacunas de su niño/a, según su edad?			SI	NO	NS/NR	38.1	Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta orientación:		Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
39	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo implementar en su hogar un espacio de juego, limpio y seguro para su niño/a?			SI	NO	NS/NR	39.1	Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta orientación:		Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
40	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo mantener limpios, seguros y organizados los materiales educativos de su niño/a?			SI	NO	NS/NR	40.1	Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta orientación:		Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
41	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo proponer/realizar juegos de acuerdo a su edad y según el interés que tiene su niño/a?			SI	NO	NS/NR	41.1	Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta orientación:		Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
42	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo permitir/dejar que su niño/a explore y/o juegue libremente?			SI	NO	NS/NR	42.1	Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta orientación:		Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
43	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo felicitar a su niño/a por sus logros alcanzados al jugar?			SI	NO	NS/NR	43.1	Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta orientación:		Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
44	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo interactuar con su niño/a (mirarle, escucharle, hablarle/responderle, esperar su reacción)?			SI	NO	NS/NR	44.1	Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta orientación:		Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
45	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo cantarle, narrarle historias y cuentos a su niño/a usando gestos y diferentes voces?			SI	NO	NS/NR	45.1	Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta orientación:		Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
46	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo brindarle afecto y cariños a su niño/a para que sienta seguridad, confianza y apego?			SI	NO	NS/NR	46.1	Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta orientación:		Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
47	¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la visita a su hogar?			SI	NO	NS/NR	47.1	Si marca SÍ, diga algunos materiales que utilizó: juegos, trapo							
48	¿Las orientaciones que le brinda el facilitador/a durante la visita son claras y comprensibles?			SI	NO	NS/NR	48.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:							
49	¿El facilitador le hizo firmar la "Ficha de Visita Domiciliaria" como constancia de haber realizado la visita a su hogar?			SI	NO	NS/NR	49.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:							
50	¿El facilitador/a le brinda buen trato a su niño/a y a usted en cada momento durante la visita a su hogar?			SI	NO	NS/NR	50.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:							
51	¿Usted está satisfecho/a con el trabajo que realiza el facilitador/a durante la visita a su hogar?			SI	NO	NS/NR	51.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:							
52	¿Qué recomendaría usted para mejorar las actividades que se realizan durante las visitas a su hogar?														
53	¿El programa le entregó un "Kit de Materiales de Aprendizaje / Kit de Materiales de Desarrollo Infantil Temprano" para su niño/a?			SI	NO	NS/NR	53.1	Si marca NO, NS/NR; pase a la pregunta 54:							
53.1	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 00 a 18 meses de edad	(a) Una sonaja	(d) Un juego de almohadita	(g) Un juego de vasos lógicos	(j) Un rompecabezas			NS/NR	NA						
		(b) Una pelota	(e) Un juego de animales de plástico	(h) Un aro para ensartar	(k) Otro: _____										
		(c) Dos cuentos	(f) Un juego de alimentos	(i) Un títere de tela											
53.2	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 19 a 36 meses de edad	(a) Un camión	(c) Un muñeco de tela	(e) Un juego de vasos lógicos	(g) Una manta de algodón o polar o alfombra de tela			NS/NR	NA						
		(b) Una pelota	(d) Un juego de enhebrados	(f) Un juego de bloques lógicos	(h) Otro: _____										
53.3	¿Cómo valora usted los materiales que le entregaron?:					Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR				
53.4	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales?														

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL CAJAMARCA

VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)

Teléfono Regional:	942155526	FICHA DE VIGILANCIA		CODIGO N° V-411-2022-CAJ-C	
Teléfono Nacional:	942160511	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL			
B) SESIONES DE SOCIALIZACIÓN E INTERAPRENDIZAJES PARA HOGARES CON NIÑOS/AS DE 12 A 36 MESES (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)					
54	El mes pasado ¿El facilitador/a realizó una Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	54.1 Si marca NO, diga ¿Por qué? y pase a la pregunta 66
55	El mes pasado ¿Usted participó de una Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	55.1 Si marca NO, diga ¿Por qué? y pase a la pregunta 66
56	¿El facilitador/a, acordó previamente con usted la fecha y hora de la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	56.1 ¿El facilitador/a cumple con la fecha y hora acordadas? Siempre Casi siempre A veces Nunca NS/NR
57	¿El lugar donde se realiza la Sesión de Socialización es amplio, al aire libre y ventilado?	SI	NO	NS/NR	57.1
58	¿El facilitador/a cuánto tiempo permanece durante la Sesión de Socialización? (Diga tiempo aproximado en MINUTOS:)	60		58.1	Si marca MENOS de 60 MINUTOS, diga ¿Por qué?:
59	¿El facilitador/a motiva a que su niño/a juegue e interactúe con otros niños/as durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	59.1
60	¿El facilitador/a motiva a que usted interactúe con otros cuidadores/as durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	60.1
61	¿El facilitador/a usa el idioma predominante durante la Sesión de Socialización e interaprendizaje?	SI	NO	NS/NR	61.1
62	¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	62.1 Si marca SÍ, diga algunos materiales que utilizó: títeres, juguetes de plástico
63	¿El facilitador/a le brinda buen trato a su niño/a y a usted en todo momento durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	63.1 Si marca NO; diga ¿Por qué?:
64	¿Está satisfecho/a con el trabajo que realiza el facilitador/a durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	64.1 Si marca NO; diga ¿Por qué?:
65	¿Qué recomendaría usted para mejorar las actividades que se realizan durante la Sesión de Socialización?				
C) ACCESO A LA PLATAFORMA "CUNA MÁS DIGITAL" (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)					
66	Usted conoce los contenidos que brinda la Plataforma "Cuna Más Digital" (videos sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza)?	SI	NO	NS/NR	66.1 Si marca NO; diga ¿Por qué?:
67	Usted ha visto algún material audiovisual sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por el Programa Cuna Más?	SI	NO	NS/NR	67.1 Si marca NO, diga ¿Por qué? y pase a la pregunta 68:
67.2	Si marca SÍ ¿Cómo valora usted los materiales audiovisuales que ha visto?:				Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR
67.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales audiovisuales?				
IV. MEDIDAS DE PROTECCIÓN SANITARIA CONTRA COVID 19 (El Veedor ENTREVISTA / PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)					
68	El presente año ¿Le orientaron/informaron sobre cómo prevenir el contagio del COVID 19?	SI	NO	NS/NR	
69	El mes pasado ¿Le entregaron a usted un "kit de Higiene y Protección" para su familia?	SI	NO	NS/NR	Si marca NO, NS/NR; pase a la pregunta 70 :
69.1	Por favor marque todos los materiales que usted ha recibido	(a) Un jabón líquido con dispensador (c) Cuatro mascarillas respiradores KN95 (e) Otro: _____			NS/NR
		(b) Un papel toalla por rollo (d) Una bolsa que contenga todos los materiales			
69.2	¿Cómo valora usted el kit de higiene y protección que le entregaron?:				Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR
69.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar este kit de higiene y protección?				
70	¿El Facilitador/a le pregunta sobre el estado de salud de su familia y el suyo, antes de realizar una visita a su hogar o a la sesión de socialización?	SI	NO	NS/NR	
71	¿El Facilitador/a usa doble mascarilla durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?	SI	NO	NS/NR	
72	¿El Facilitador/a usa correctamente (cubre nariz y boca) la o las mascarilla/s durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?	SI	NO	NS/NR	
73	¿El Facilitador/a propicia el lavado de manos/uso de alcohol en gel antes de iniciar una visita domiciliar o previo a una sesión de socialización?	SI	NO	NS/NR	

Jirón Los Sauces N° 558 – Urb. El Ingenio

Celular: 942155526

www.ctvcperu.org.pe

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL CAJAMARCA

VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)

Teléfono Regional:	942155526	FICHA DE VIGILANCIA		CODIGO N° V-411-2022-CAJ-C	
Teléfono Nacional:	942160511	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL			
V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)					
74	TRANSPARENCIA				
74.1	¿Es fácil de encontrar la información que se necesita del Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO	NS/NR	
74.2	¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO	NS/NR	
74.2	¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO	NS/NR	
75	NEUTRALIDAD (Imparcialidad)				
75.1	¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO	NS/NR	
75.1	¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO	NS/NR	
75.1	¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió que asista a alguna reunión o mitin de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO	NS/NR	
76	OBSERVACIONES / COMENTARIOS generales				
77	RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generales				
78	FECHA FINAL de la entrevista:	5/12/2022	79	HORA FINAL de la entrevista:	13:45
DATOS DEL INFORMANTE - CUIDADOR/A PRINCIPAL QUE COLABORA CON BRINDAR INFORMACIÓN DURANTE LA APLICACIÓN DE LA FICHA DE VIGILANCIA		DATOS DEL VEEDOR - MIEMBRO VOLUNTARIO DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE APLICA LA FICHA DE VIGILANCIA		DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE MONITOREA Y COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN	
DNI:	73813885	DNI:	41089039	DNI:	71888923
Nombres y Apellidos:	Olivia Quispe Cruz	Nombres y Apellidos:	Hilcia Martínez Febre	Nombres y Apellidos:	Liliana Maritza Hernández Villanueva
Cargo:	Cuidador pricipal	Cargo:	Vice presidente	Cargo:	Responsable Regional
Correo electrónico:		Correo electrónico:		Correo electrónico:	cajamarca.rctvcperu@gmail.com
Teléfono:	931246108	Teléfono:	948032657	Teléfono:	942155526

Jirón Los Sauces N° 558 – Urb. El Ingenio

Celular: 942155526

www.ctvcperu.org.pe